



Dissertação – Artigo de Revisão Bibliográfica
Mestrado Integrado em Medicina

**SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS E INTERNAMENTO HOSPITALAR
PSYCHIATRIC SYMPTOMS AND HOSPITALIZATION**

Ana Luísa Coelho Magalhães da Fonseca

Aluna do 6º ano profissionalizante do Mestrado Integrado em Medicina – 2015/2016.

Nº 200805549

Endereço: Travessa do Loteamento de Zebros, Refontoura, Felgueiras. 4610-715 Refontoura

Endereço eletrónico: analcmf@gmail.com

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Orientador:

Drª. Maria Alice Soares Lopes

Co-Orientador:

Drª. Maria Del Carmen Palmira Coya Garcia

Porto, Junho 2016

Abreviaturas

- CABG** - Coronary Artery Bypass Grafting
- CIS** – Clinical Interview Schedule
- CPL** – Consulta de Psiquiatria de Ligação
- CSP** – Cuidados de Saúde Primários
- CU** – Colite Ulcerosa
- DALY** – Disability-Adjusted Life Year
- DB** – Doença Bipolar
- DC** – Doença de Crohn
- DE** – Departamentos de Emergência
- DII** – Doença Inflamatória Intestinal
- DM** – Depressão Major
- DMT2** – Diabetes Mellitus Tipo 2
- DPOC** – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
- DSM - IV** – Diagnostic Statistical Manual of Mental Diseases (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - Quarta Edição)
- EM** – Enfarte do Miocárdio
- EAM** – Enfarte Agudo do Miocárdio
- EUA** – Estados Unidos da América
- FA** – Fibrilhação Auricular
- GHQ** – General Health Questionnaire
- HADS** - Hospital Anxiety and Depression Scale
- IC** – Insuficiência Cardíaca
- ICC** – Insuficiência Cardíaca Congestiva
- ICI** – Insuficiência Cardíaca Isquémica
- IL** - Interleucina
- IRA** – Insuficiência Renal Aguda
- PCR** – Proteína C Reativa
- PSPT** – Perturbação do *Stress* Pós-Traumático
- SDS** – Self-rating Depression Scale
- TI** – Tempo de Internamento
- TVP** – Trombose Venosa Profunda
- UCI** – Unidade de Cuidados Intensivos
- YLD** – Years Lived with Disability

Resumo

As doenças psíquicas e físicas apresentam uma relação bidirecional. Por um lado, a doença e o internamento, podem provocar instabilidade emocional e levar a um maior risco de descompensação ou desenvolvimento de patologia psiquiátrica. Por outro, a patologia psiquiátrica pode interferir na evolução clínica da doença médica. Como tal, e atendendo à elevada prevalência no doente internado em hospitais gerais, pretendeu-se estudar, através de revisão bibliográfica, a forma como a comorbilidade psiquiátrica interfere com a hospitalização, nomeadamente com a recuperação médica e pós-cirúrgica, o tempo de internamento e os custos hospitalares.

Assim, foi possível verificar que existe uma associação entre a presença de comorbilidade psiquiátrica e o tempo de internamento, que varia de acordo com a patologia psiquiátrica, com a forma como é diagnosticada e orientada e com o diagnóstico médico. Além disso, também está associada ao uso aumentado dos serviços de cuidados de saúde especializados e de recurso bem como a incapacidade, o que se traduz em custos diretos e indiretos aumentados. Neste contexto, a Consulta de Psiquiatria de Ligação pode ter um papel fundamental na abordagem holística do doente, permitindo uma melhor adaptação à doença e ao internamento, evitando que a perturbação mental interfira com os resultados clínicos da patologia que motiva o internamento. Desta forma, a abordagem multidisciplinar pode permitir uma redução de custos em saúde, através da diminuição da interferência do estado psíquico na doença física, diminuindo o tempo de internamento, e permitindo a devida referenciação para serviços de saúde mental.

Palavras-Chave

Comorbilidade Psiquiátrica, Tempo de Internamento, Utilização de Serviços de Cuidados de Saúde, Custos Hospitalares, Psiquiatria de Ligação

Abstract

The psychic and physical diseases have a bidirectional relationship. On the one hand, disease and hospitalization may cause emotion instability and lead to a higher risk of worsening or developing a psychiatric disorder. On the other hand, psychiatric illness may interfere with the response to illness or hospitalization and in the clinical results. As such, given the high prevalence in the admitted patients in general hospitals, it was intended to study how the psychiatric comorbidity interferes with hospitalization, particularly in the medical and post-surgery recover, the length of stay and hospital costs.

Thereby, it was possible to verify that there is an association between the presence of psychiatric comorbidity and length of stay, which varies according to psychiatric disorder, how it is diagnosed and managed and with medical diagnosis. Moreover, it is also associated with a higher use of specialized and resource health care services and also with the disability, which leads to higher direct and indirect costs.

In this context, the Liaison Psychiatry Consultation may have a fundamental role in the holistic approach to the patient, allowing a better adaptation to the disease and hospitalization and preventing that the mental disorder interferes with the clinical results of the pathology that leads to hospitalization. Thus, a multidisciplinary approach may allow a reduction in health costs by reduction the interference of the psychic state in the physical disease, decreasing length of stay and allowing appropriate referral to mental health services.

Key-Words

Psychiatric Comorbidity, Length of Stay, Health Care Services Utilization, Hospital Costs, Liaison Psychiatry.

Índice

1 - Introdução	2
2 - Metodologia	5
3 - Relação entre Doenças/Sintomas Psiquiátricos e Internamento Hospitalar	6
3.1 - Comorbilidades	6
3.2 - Tempo de Internamento	11
3.3 - Utilização dos Serviços de Saúde/Custos Associados	15
3.4 - Papel da Psiquiatria de Ligação.....	19
4 - Conclusão	22
5 - Agradecimentos	23
6 - Referências Bibliográficas	24

1 - Introdução

Um recente estudo de prevalência de perturbações mentais em adultos, com exceção das perturbações psicóticas esquizofrénicas e delirantes¹, colocou Portugal como o país de maior prevalência (22,9%) entre os 8 países europeus em estudo. Foi considerado o segundo a nível mundial dos 9 países divulgados já que, neste caso, os EUA (26,4%) aparecem como sendo o país com maior prevalência (1). No Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, de 2013, mais de 1 em cada 5 dos indivíduos da amostra apresentou uma perturbação psiquiátrica nos 12 meses anteriores à entrevista. Esta prevalência é a segunda mais alta a nível europeu, entre 10 países², com um valor quase igual à da Irlanda do Norte, que ocupa o primeiro lugar. Portugal distingue-se assim significativamente dos outros países do sul da Europa que apresentam, sem exceção, prevalências muito mais baixas que os países do norte (2).

As perturbações psiquiátricas mais prevalentes em Portugal são as perturbações de ansiedade (16,5%) e as perturbações depressivas (7,9%), tal como na maioria dos países desenvolvidos, em que estes distúrbios se revelam os mais frequentes na população geral (1-3). As perturbações mentais em Portugal, em 2010, estavam associadas a um DALY³ de 11,75%, contra 13,74% das doenças cerebrovasculares e 10,38% das oncológicas e a um YLD⁴ de 20,55%, seguidas pelas doenças respiratórias (5,06%) e diabetes (4,07%) (4).

A comorbilidade psiquiátrica é comum nos pacientes internados por condição médica, com 20-40% a preencherem critérios para diagnóstico DSM-IV. Cerca de 17,9% das altas têm um diagnóstico de distúrbio da saúde comportamental, codificado como uma condição secundária. Os diagnósticos mais comuns no contexto de internamento são depressão, ansiedade, abuso de substâncias, delírio e demência (5). Um estudo demonstrou que 18% das crianças internadas em hospitais pediátricos independentes, nos EUA, apresentaram pelo menos um diagnóstico de saúde mental (6). Já nos adultos mais velhos que são hospitalizados por uma condição médica, 30 a 50% apresenta também um distúrbio psiquiátrico, podendo a prevalência da depressão nestes doentes variar entre 7,9 a 44,5% (7).

A depressão é a principal causa de incapacidade (limitação funcional) e redução da qualidade de vida e está associada a doenças cardiovasculares, diabetes, cancro, entre outras (8). Os distúrbios de ansiedade representam a sexta principal causa de incapacidade e estão associados também a maior prevalência de doença física (9). Além disso a depressão e ansiedade parecem estar associadas a um aumento da mortalidade por diversas causas

¹ Estudo que comparou 9 países, EUA e 8 países europeus (Portugal, Bélgica, França, Alemanha, Itália, Holanda, Espanha e Ucrânia).

² Portugal, Alemanha, Bélgica, Bulgária, Espanha, França, Holanda, Irlanda do Norte, Itália e Roménia.

³ Anos de vida ajustados à incapacidade.

⁴ Anos vividos com incapacidade.

importantes, numa relação proporcional com a gravidade da doença (8, 9). A sintomatologia depressiva é muito frequente entre os pacientes internados, o que pode estar relacionado com vários fatores, como mecanismos biológicos, o acesso atrasado aos cuidados de saúde ou ainda a má adesão terapêutica (8).

Alguns mecanismos biológicos desta associação têm sido estudados. A depressão e o stress psicológico podem induzir uma disfunção do sistema imunológico e modular a produção de citocinas pró-inflamatórias, o que pode ser clinicamente significativo. Além disso, a depressão pode levar a atraso da cicatrização de feridas e por conseguinte aumentar os riscos de complicação após uma lesão (10). Os sintomas depressivos estão associados a uma resposta inflamatória inata, estando positivamente associados ao PCR, IL-1 e IL-6. Pensa-se que pode haver uma associação bidirecional entre a depressão e a inflamação, uma vez que alguns estudos demonstram que a depressão precede a inflamação enquanto outros demonstram que a inflamação precede a depressão (11).

No idoso, a depressão é frequentemente subdiagnosticada, o que pode dever-se à menor procura de ajuda, bem como ao facto de terem múltiplas condições crónicas, sendo estas o foco do tempo limitado de consulta no médico de clínica geral, passando assim despercebida a depressão (12). Nos adultos mais velhos hospitalizados, além dos fatores de *stress* provocados pela doença médica aguda e pelo ambiente novo e caótico, há que ter em atenção os défices sensoriais de envelhecimento bem como as estratégias limitadas de *coping*, que podem levar a uma exacerbação dos sintomas psiquiátricos, aumento do TI e complicações médicas. Além disso, estes doentes têm frequentemente défices físicos e cognitivos, bem como problemas sociais e financeiros, o que traz maior complexidade ao tratamento (7).

A prevalência de perturbações mentais aumentada em pessoas que sofrem de diversas doenças, pode estar relacionada com vários fatores como a reação aguda ou crónica à doença severa, dificuldade na adaptação ao internamento ou incapacidade, efeitos laterais da farmacoterapia ou ainda por alterações hormonais ou metabólicas. Por outro lado, fatores psicológicos, como por exemplo a personalidade, comportamentos ou emoções, podem afetar as reações do corpo e modificar o risco de várias condições somáticas, como por exemplo doenças infecciosas, cancro, doenças autoimunes, doenças cardiovasculares, alergias e diabetes (13). Assim, uma elevada proporção de doentes seguidos por doenças físicas em hospitais gerais, apresenta também patologia psiquiátrica, pelo que o seu reconhecimento por parte dos médicos é fundamental, atendendo às repercussões que essa comorbilidade pode ter (14).

Frequentemente os doentes cirúrgicos encontram-se nervosos e deprimidos, tanto na admissão como na alta, uma vez que se trata de um acontecimento crítico, percecionado como uma realidade desconhecida e assustadora (15, 16). Embora os cirurgiões estejam

atentos a sintomas como por exemplo dor na ferida cirúrgica, náuseas ou vômitos, o estado psicológico tende a ser descurado nas avaliações cirúrgicas padrão (15). Por outro lado, distúrbios psicológicos têm sido identificados como preditores altamente significativos da dor pós-operatória e do consumo de analgésicos. A dor e o seu controle inadequado, conseqüentemente, podem ser um dos principais determinantes da permanência hospitalar e dos resultados a longo prazo (17).

Um estudo reportou que, um ano após a alta, dos pacientes que foram tratados na UCI durante pelo menos 2 dias, 18% apresentaram sintomas de *stress* pós-traumático, 14% apresentaram sintomas de ansiedade e depressão. A qualidade de vida era inferior nestes pacientes bem como o respetivo estado funcional. A severidade da doença à admissão e o TI na UCI foram identificados como fatores prognósticos (18).

Os cuidados hospitalares representam custos significativos, especialmente quando são ineficientes, como é o caso da hospitalização prolongada. O número de dias de internamento é um indicador de qualidade das instituições prestadoras de cuidados de saúde. Os custos de saúde estão a aumentar em todo o mundo e, por isso, perceber os determinantes da hospitalização, as durações dos internamentos e as readmissões é fundamental para a gestão política e financeira, principalmente quando os custos de saúde têm sido reportados como sendo superiores em pessoas com determinadas comorbilidades psiquiátricas, como por exemplo a depressão (8).

Desta forma, o estudo da relação entre as perturbações psiquiátricas e o internamento revela-se fundamental, com vista a um melhor conhecimento sobre a forma como a comorbilidade psiquiátrica pode afetar o tempo de internamento, os resultados médicos/cirúrgicos e os custos associados. De salientar ainda que, de forma inversa, a doença e o internamento tornam o doente mais suscetível a descompensação ou aparecimento de novo de patologia psiquiátrica. A integração da Psiquiatria de Ligação no controle destas variáveis hospitalares, permite abrir novas perspetivas de gestão multidisciplinar, com vista o benefício do doente e ainda custo-efetividade dos recursos de saúde.

2 - Metodologia

Foram consultados artigos selecionados através de pesquisa no PubMed. Esta foi limitada a artigos publicados na Medline, em inglês, nos últimos dez anos, e foi usada a combinação de termos MeSH “hospitalization” e “psychiatric comorbidity”, “hospital anxiety and depression scale” e “length of stay”. Posteriormente, a pesquisa foi alargada através da utilização de outros termos MeSH como “inpatients”, “general hospitals” e “liaison psychiatry”. Foram também examinados alguns artigos citados nos previamente selecionados e outros que surgiram como “artigos relacionados” na Medline. Adicionalmente, foi consultada alguma bibliografia portuguesa para contextualização epidemiológica do tema, nomeadamente o Programa Nacional para a Saúde Mental (*Portugal, Saúde Mental em Números*) e o *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental* coordenado por José Miguel Caldas de Almeida e Miguel Xavier. A escolha da escala HADS como termo MeSH prendeu-se com o facto de ser uma escala largamente utilizada em estudos de comorbilidades psiquiátricas em contexto hospitalar.

Pretendeu-se avaliar o impacto da comorbilidade psiquiátrica, com destaque para a ansiedade e depressão por serem as patologias mais prevalentes no internamento hospitalar, nomeadamente no tempo de internamento, nos resultados médicos hospitalares e nos custos associados. Por fim, avaliar qual poderia ser o papel da psiquiatria de ligação na gestão desta problemática foi outro objetivo desta revisão.

3 - Relação entre Doenças/Sintomas Psiquiátricos e Internamento Hospitalar

3.1 - Comorbilidades

Como referido anteriormente, a patologia psiquiátrica interfere com a patologia médica, nomeadamente com as admissões e readmissões hospitalares e evolução do quadro clínico. Vários estudos têm demonstrado esta associação, reportando doença médica mais prevalente e mais severa em doentes com diversas perturbações mentais.

Na população dos EUA, foi reportada uma taxa de readmissão aos 30 dias após internamentos por IC, EAM e pneumonia, 3 a 5% superior nos doentes com comorbilidade psiquiátrica identificada no último ano. A ansiedade, a demência e a depressão comórbidas foram associadas a um aumento significativo das readmissões por todas as causas. O abuso de substâncias e as perturbações bipolares foram associadas a readmissões mais elevadas para aqueles cuja a admissão inicial foi por IC e pneumonia, mas não para EAM (19).

Dieter Schoepf e Reinhard Heun encontraram um maior número de admissões hospitalares e de admissões para tratamentos de emergência, ou seja, um curso de doença mais severo, nos indivíduos com distúrbio de ansiedade. O impacto da FA, angina e litíase biliar na mortalidade de base hospitalar foi superior nos doentes com distúrbio da ansiedade. Ainda assim estes doentes não tiveram taxas de mortalidade geral de base hospitalar superiores durante o período de observação (9). Os mesmos autores estudaram também o impacto da DB e encontraram uma associação a um curso de doença mais severo e a um aumento do número de mortes intra-hospitalares. Foi encontrado também, nestes indivíduos, um excesso de comorbilidades, com maiores prevalências para a asma, DMT2 e dependência alcoólica. O impacto da DMT2 foi superior nos doentes com DB, estando associada a maior prevalência da doença, das suas complicações e mortalidade associada. Estudos reportam que todas as causas de mortalidade na DB podem estar duas vezes aumentadas comparativamente à população geral e o suicídio ocorre em 10 a 15% dos casos (20).

Daratha et al. demonstraram que doentes hospitalizados com coocorrência de perturbações de humor (DB, distímia e DM), tinham maior risco de hospitalização por causa médica subsequente a longo prazo, que era ainda maior no caso de os pacientes terem perturbações de humor combinadas ou distúrbios de abuso de substâncias concomitantes. Estes pacientes com distúrbios de humor tinham também maior probabilidade de admissão no departamento de emergência e taxas mais elevadas de distúrbios de substâncias. Os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia não apresentaram maior propensão para voltar ao regime de internamento. Os diagnósticos primários mais prevalentes no grupo de doentes com distúrbios de humor foram artropatias, sintomas respiratórios, dorsopatias, pneumonias, DPOCs, celulite

e doença cardíaca isquêmica, sendo as doenças do sistema respiratório (nomeadamente a pneumonia e DPOC) as maiores responsáveis pela readmissão neste grupo de doentes (21). Pessoas com doença mental grave, incluindo esquizofrenia e distúrbios de humor, têm um risco 3.2 vezes superior de mortalidade por doenças respiratórias. A maior morbidade e mortalidade por doença respiratória nestes pacientes com distúrbios de humor, pode dever-se em parte à maior prevalência do tabagismo nesta população, que também complica o tratamento ao interferir com o metabolismo dos medicamentos psicotrópicos, requerendo doses mais elevadas para os mesmos efeitos terapêuticos (21). Ajustes para o tabagismo poderiam fornecer dados importantes, visto este ser um potencial fator de confundimento para as taxas de mortalidade por DPOC, dada a forte associação entre o consumo de tabaco e a DPOC mas também entre o consumo de tabaco e as condições de saúde mental (22).

Em doentes com patologias psiquiátricas que foram submetidos a uma cirurgia major (cardiovascular, intratorácica, intraperitoneal e procedimentos vasculares supra-inguinais, que requeressem anestesia geral, excluindo procedimentos percutâneos e cirurgias obstétricas), foi encontrado um risco de complicações significativamente superior nos doentes com esquizofrenia e um risco inferior nos doentes com perturbação neurótica. Nos doentes com perturbações de humor não foi encontrada associação aos resultados clínicos. A severidade da comorbidade, o atraso no diagnóstico e tratamento, os efeitos médicos e da anestesia, a má nutrição e a dificuldade em expressar os sintomas somáticos podem ser algumas das razões para maior taxa de complicações pós-cirúrgicas nos doentes com esquizofrenia (23). Por outro lado, além da interferência que a patologia psiquiátrica pode ter na doença médica, o inverso também se verifica. As doenças médicas agudizadas e o internamento hospitalar, podem desencadear ou agravar sintomas ou distúrbios psiquiátricos, o que por sua vez tem interferência na evolução clínica do quadro médico.

A depressão em doentes com fratura da anca afeta a recuperação funcional e pode ter impacto não só a longo prazo como também a curto prazo. Os sintomas depressivos moderados a severos, a idade avançada e o sexo feminino, estão independentemente associados a um nível baixo de independência funcional no momento da alta. Além disso, um aumento dos níveis de sintomas depressivos identificados numa fase precoce do tratamento, foi negativamente associado a independência funcional a curto prazo (12). Outro estudo, em que foi avaliada a influência da comorbidade psiquiátrica nos resultados do internamento por fratura dos membros inferiores, demonstrou uma associação entre a coocorrência de patologia psiquiátrica e a menor taxa de alta rotineira, ou seja, para o domicílio, tendo a esquizofrenia sido o fator de risco mais forte. A esquizofrenia foi associada a mais eventos adversos intra-hospitalares (incluindo IRA, pneumonia e TVP), o que pode estar relacionado com o maior isolamento social e a dificuldade de comunicação, ao contrário da depressão e

ansiedade que foram associados a menos eventos. A comorbilidade psiquiátrica não foi associada a maior risco de morte hospitalar (3).

A depressão foi reportada num estudo em 60% dos doentes que tiveram um AVC e cerca de 45% dos que tiveram um enfarte (7). Foi também identificada uma associação independente entre a ansiedade na perturbação do pânico e a FA (9). A incapacidade funcional associada a depressão ou psicose comórbidas, pode ser uma barreira ao tratamento eficaz nos doentes com IC, tornando a estabilização da doença mais difícil. Isto está relacionado com a menor capacidade de adesão terapêutica e de auto-cuidado, bem como, possivelmente, com a ativação do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal associada à depressão que altera os resultados cardiovasculares (24).

As taxas de comorbilidade psiquiátrica são elevadas entre os pacientes com DPOC, o que por sua vez leva a maior risco de resultados adversos. Estudos reportam taxas de depressão nos doentes com DPOC estabilizada de 10 a 42% e de ansiedade de 10 a 19%, outros reportam sintomas depressivos significativos em 16 a 74% dos pacientes com DPOC (22, 25). Já nos asmáticos, estudos recentes apontam para um risco superior de depressão, perturbação da ansiedade e perturbações de abuso de álcool, o que poderá ter algum impacto na doença, associando-se a aumento dos sintomas, decréscimo da qualidade de vida, menor adesão terapêutica e maiores taxas de comportamentos de risco como tabagismo, inatividade física e obesidade (26). Existe uma associação entre a doença respiratória e o estado de saúde mental, inclusivamente numa relação dose-dependente entre dias de menor saúde mental e a presença de asma. Nos internamentos por asma em adultos foi reportada doença mental em 29% dos casos (27).

Num estudo realizado com veteranos de guerra internados por DPOC, as probabilidades ajustadas para mortalidade aos 30 dias e para readmissão hospitalar, foram superiores para pacientes com depressão e ansiedade, mas não para doentes com PSPT. Apesar de ter sido encontrada uma maior taxa de fumadores nos doentes com algum destes três diagnósticos psiquiátricos, a associação entre as comorbilidades psiquiátricas e a mortalidade e readmissão hospitalares manteve-se após ajuste para o tabagismo, concluindo-se que a depressão ou ansiedade pode ter um impacto adverso no prognóstico hospitalar da DPOC ou na severidade da doença (22). Outro estudo realizado em doentes hospitalizados por exacerbação aguda de DPOC mostrou também que a depressão comórbida de base foi significativamente associada a mortalidade, TI da hospitalização inicial e total (durante um ano de seguimento) aumentados e tabagismo persistente aos 6 meses. Além disso revelou um agravamento de sintomas de 12 a 37% e impacto na qualidade de vida, tanto na hospitalização inicial como um ano mais tarde, mesmo após controle para a cronicidade e gravidade da DPOC, comorbilidades e variáveis comportamentais, psicológicas e

socioeconómicas (25). Numa revisão sistemática, em que foi avaliada a relação entre a ansiedade e a depressão e as exacerbações da DPOC com admissão hospitalar, foi encontrada, em vinte estudos quantitativos, uma relação estatisticamente significativa entre a ansiedade e depressão e o aumento da probabilidade do doente ter uma agudização da DPOC com internamento, bem como o aumento do TI e do risco de mortalidade pós-alta. Além disso, apenas 27 a 33% dos doentes com depressão estavam a ser tratados para tal (28).

Foi reportada também uma associação independente entre a depressão e o risco de hospitalização por pneumonia em idosos, após ajuste para debilidades cognitivas e funcionais de base, bem como para características demográficas e fatores clínicos e comportamentais de risco. Uma em cada 20 hospitalizações por pneumonia podem ser potencialmente atribuíveis à depressão. Outros estudos demonstraram que a depressão está associada a aumento do risco de desenvolver diabetes, ICC, iniciação ao tabagismo e debilidade cognitiva ou funcional, estando tudo isto independentemente associado ao risco de contrair pneumonia (29). Foi investigada também a associação entre a perturbação depressiva (documentada nos últimos três anos) e os resultados terapêuticos da pneumonia, tendo-se encontrado uma probabilidade significativamente superior de admissão na UCI (18,1% vs 12,9%), de necessidade de ventilação mecânica (21,9% vs 18,1%) e de mortalidade hospitalar (10,4% vs 9%) relativamente àqueles que não tinham depressão. Após ajuste para algumas variáveis como rendimento mensal, nível de urbanização, região geográfica e índice de comorbilidade de Charlson, os doentes deprimidos com pneumonia tiveram um risco 1.41, 1.28 e 1.17 vezes superior para serem admitidos na UCI, para necessidade de ventilação mecânica e para morte intra-hospitalar, respetivamente. Além da depressão estar associada a uma probabilidade de hospitalização por pneumonia 1,28 vezes superior, também já foi demonstrado que a hospitalização por pneumonia aumenta o risco de subsequente depressão e de défice cognitivo moderado a severo (10).

Cerca de metade dos doentes com cancro sofre de um distúrbio psiquiátrico, sendo que 10 a 25% sofrem de DM, uma percentagem cerca de duas vezes superior à da população geral. Além disso, vários estudos têm demonstrado um aumento da mortalidade nos doentes com cancro e depressão comórbida (15). A ansiedade foi reportada como sendo um dos sintomas mais intensos à admissão em doentes com cancro, havendo uma melhoria significativa no momento da alta. A perda de apetite e a depressão estavam positivamente correlacionadas com o TI (30).

A comorbilidade psiquiátrica, em particular a depressão e a ansiedade, é frequente também na DII e está associada a um aumento significativo da utilização dos cuidados de saúde. Foi reportado um risco moderadamente aumentado (28%) de cirurgia em doentes com DM ou

ansiedade generalizada, para aqueles com DC, o que não se verificou para a CU, tendo a ansiedade tido um efeito mais forte (31). Por outro lado, os doentes com DC e CU que tinham sido submetidos a cirurgia e sem diagnóstico prévio de ansiedade ou depressão, tinham um risco de receber um diagnóstico de depressão em 5 anos de 16% e 11%, respetivamente, com um risco similar substancial de desenvolver ansiedade generalizada. Apesar de na CU a cirurgia ser curativa, o risco foi similar devido à afetação da qualidade de vida que a cirurgia implica, mantendo-se a frequência das dejeções, inclusivamente noturnas, além do risco considerável de inflamação da bolsa ileal. O sexo feminino e a presença de comorbilidades para além da DII foram fatores de risco para depressão, tanto nos doentes com DC como com CU (32).

Assim, os vários estudos apontam para uma associação bidirecional entre a doença psiquiátrica e física. A comorbilidade psiquiátrica interfere com os resultados hospitalares, nomeadamente admissão, readmissão, morbilidade e mortalidade relacionadas com a doença que motiva o internamento. Por outro lado, o internamento ou a patologia que o justifica, pode representar um risco maior de desenvolvimento de doença ou sintomas psiquiátricos.

3.2 - Tempo de Internamento

A patologia psiquiátrica parece estar associada a um aumento do TI em hospitalizações por condições médicas, sendo que alguns dos fatores que podem contribuir para isso são a dificuldade na preparação destes doentes para a alta ou transferência, a complexidade do tratamento, os atrasos relacionados com os sintomas dos doentes, os mal-entendidos entre os pacientes e profissionais de saúde, o estigma associado à doença mental e ainda a falta de formação entre os profissionais de saúde para a identificação e gestão da doença mental (33). Numa revisão sistemática de estudos prospetivos observacionais, foi encontrada uma associação independente entre sintomas depressivos na comunidade e o aumento do TI hospitalar por causas não psiquiátricas, com taxas de risco que variaram entre 1.1 e 1.9 (8). Bressi et al. compararam o TI entre os doentes com ou sem comorbilidade psiquiátrica, tendo em consideração características clínicas e demográficas do doente, bem como as características do sistema de saúde. Foi encontrado um aumento do TI, principalmente em idosos, doentes com problemas de saúde menos graves e doentes com diagnósticos de esquizofrenia ou distúrbios de humor. A doença física de maior severidade e os distúrbios de abuso de substâncias foram associados a menor tempo de internamento, o que pode estar relacionado no primeiro caso com a complexidade da doença que leve à transferência para outros níveis de cuidados e, no segundo caso, com o abandono do tratamento e traços de personalidade que levem a mais atritos entre os doentes e os prestadores de cuidados. Estes últimos resultados vão contra grande parte dos estudos, o que demonstra a influência que as características dos sistemas de saúde e serviços comunitários de uma dada região podem ter na relação entre a duração do internamento e a comorbilidade psiquiátrica (34).

Num estudo prospetivo recente realizado com uma amostra significativa de homens idosos, foi encontrada uma associação significativa entre a presença de sintomas depressivos e o número de admissões e readmissões hospitalares por condições não psiquiátricas, o TI total e a maior utilização dos serviços de saúde, logo piores resultados hospitalares (35). A depressão e o défice cognitivo foram reportados como sendo fatores modificadores importantes do TI hospitalar em doentes mais velhos admitidos nos cuidados intermédios, estando associados ao aumento do mesmo (36).

Os métodos utilizados para a identificação da comorbilidade psiquiátrica (diagnóstico formal vs questionário), fazem variar os resultados da associação entre a patologia psiquiátrica não-cognitiva e o TI. Não foi encontrada associação significativa entre a presença de comorbilidade psiquiátrica e o TI hospitalar através do diagnóstico formal pelo uso da CIS, tendo sido apenas relatado um TI hospitalar significativamente superior no grupo de doentes com DM. Quando se usa o questionário (GHQ) como variável contínua verifica-se associação, o que não acontece quando se usa como variável dicotómica. No entanto, em qualquer dos

métodos, neste estudo, deixa de haver associação significativa se excluirmos os pacientes com diagnósticos psiquiátricos múltiplos (37). Outro estudo, apesar de limitado pelo facto do diagnóstico das comorbilidades psiquiátricas ter sido realizado por médicos não psiquiatras, o que diminui a sensibilidade, reportou uma associação em doentes internados em medicina ou cirurgia entre o TI e as comorbilidades psiquiátricas. O TI mais curto foi em pacientes com distúrbios de abuso de substâncias ou sem diagnóstico psiquiátrico e o mais elevado foi para aqueles com perturbações de ajustamento. Os outros diagnósticos psiquiátricos tiveram um TI intermédio entre estes dois extremos, mas ainda assim aumentado (38).

Os tratamentos cirúrgicos, especialmente a cirurgia torácica, estão associadas a algumas queixas perioperatórias comuns, como por exemplo ansiedade, insónia e *stress*, o que pode afetar o estado fisiológico dos pacientes. Foi avaliado o impacto do estado mental no TI para pacientes que foram submetidos a cirurgia torácica (a maioria por cancro do pulmão), através do uso da escala SDS, realizada no momento da admissão e da alta. A prevalência de depressão leve passou de 29% para 51% (da admissão para a alta) e da depressão moderada de 8% para 18%. A depressão (SDS>40) à admissão foi associada a aumento significativo do TI (15). Maeda et al. encontraram, num grupo de doentes que realizou cirurgia major, um TI significativamente superior naqueles com esquizofrenia e perturbação bipolar, já nos doentes com perturbação neurótica o TI não foi significativamente superior (23). Um estudo que avaliou os níveis pré-operatórios de ansiedade, depressão e *stress* do doente cirúrgico, apenas encontrou uma correlação estatisticamente significativa entre a depressão e o TI (16).

Foi identificado, em doentes jovens (até 20 anos) com anemia falciforme e admitidos por crises vaso-oclusivas, um aumento do TI hospitalar de 17% e 23%, nos doentes com perturbações de humor e ansiedade, respetivamente, o que corresponde a cerca de 3 ou mais dias, mesmo após ajuste para variáveis importantes como características demográficas e hospitalares, procedimentos médicos e diagnósticos secundários. Pelo contrário, não houve aumento do TI nos doentes com comportamentos disruptivos ou com distúrbios de abuso de substâncias, tendo havido até uma diminuição nestes últimos, o que pode estar relacionado com o facto da dependência de nicotina ser o distúrbio de abuso mais prevalente e esta poder facilitar a capacidade do paciente em gerir a dor e poder ter algumas propriedades analgésicas (39).

A depressão é prevalente nos pacientes que vão ser submetidos a CABG. As estimativas de taxas de depressão antes da cirurgia de revascularização do miocárdio têm variado entre 14,3% e 43,1%. Os doentes com depressão pré-operatória têm experienciado piores resultados de recuperação cirúrgica, incluindo maior incidência de complicações médicas durante os seis meses após a cirurgia, e uma maior comunicação de má qualidade de vida, pior recuperação, maior tempo de internamento pós-operatório, maiores readmissões hospitalares e eventos cardíacos recorrentes (11, 40). Maiores sintomas de depressão pré-

operatórios foram associados a maior duração da estadia hospitalar, com o efeito a ser observado para os sintomas cognitivos da depressão, mas não para os sintomas somáticos. O estrato socioeconómico inferior aumentou o efeito negativo da depressão na duração do internamento ou, por outro lado, o rendimento familiar mais elevado estava associado a uma redução deste efeito negativo (40).

Em doentes que realizaram CABG e com depressão moderada a severa concomitante, foi reportada uma probabilidade 3,5 vezes maior de internamento superior a uma semana, associada a níveis maiores de PCR de elevada sensibilidade após a fase aguda. Assim, apesar de na fase aguda (primeiros 3 dias após a cirurgia) o PCR aumentar de forma idêntica nos dois grupos (com ou sem depressão), ou seja, a resposta inflamatória aguda ser similar, após esse período, os participantes deprimidos ($BDI > 10$) demonstraram uma elevação continuada significativamente superior da PCR (11).

Versteeg et al. estudaram um grupo de doentes em tratamento por EM, angina ou ICI durante 5 anos, tendo encontrado uma associação independente entre a depressão e o tempo para a primeira hospitalização, aumento do número e duração total das hospitalizações relacionadas com eventos cardíacos, bem como todas as causas de mortalidade. A ansiedade apenas foi independentemente associada ao TI total. Após ajuste para fatores sociodemográficos e clínicos, deixou de haver associação entre a depressão e o tempo até à primeira hospitalização e relativamente ao grupo de doentes com ansiedade, deixou de haver qualquer associação (41). Outro estudo realizado em idosos internados por IC, demonstrou que o abuso de álcool, psicoses, DM e perturbação bipolar, foram preditores significativos de aumento da média do TI hospitalar, após ajuste para efeitos de comorbilidades médicas significativas. A perturbação bipolar foi onde este aumento mais se fez sentir, estando associada em média a 1,4 dias adicionais de internamento (24).

No que diz respeito à patologia osteoarticular os resultados também são diversos, sendo que num estudo o TI de hospitalizações por fraturas dos membros inferiores foi maior para doentes com esquizofrenia e demência, mas menor em doentes com depressão e ansiedade (3). Outro estudo de base populacional, revelou que o TI dos doentes que foram submetidos a artroplastia total da anca ou joelho programada, foi ligeiramente superior nos doentes com depressão e nos doentes com depressão e ansiedade, mas não naqueles que apenas tinham ansiedade (17). Nickinson et al., recorrendo ao uso da HADS, aplicando-a no dia anterior à artroplastia do joelho ou da anca e em cada dia após a cirurgia até à alta, reportaram um TI médio superior nos doentes deprimidos relativamente aos não deprimidos (5 e 4 dias respetivamente). De referir que cerca de 30% dos doentes tornaram-se ansiosos antes da alta e 50% dos doentes tiveram sintomas depressivos em algum momento do internamento, sendo

que a probabilidade de desenvolver estes sintomas depressivos foi superior nas mulheres e em doentes que já tinham realizado uma artroplastia do membro inferior prévia (42).

Desta forma, apesar de grande variabilidade nos resultados, que pode estar relacionada com as diferentes formas de identificação de comorbilidade psiquiátrica e com o sistema de saúde da região geográfica onde foi realizado o estudo, entre outras causas, a maioria dos estudos aponta para uma associação entre as comorbilidades psiquiátricas e o aumento do tempo de internamento. Esta associação varia de acordo com a patologia médica ou cirúrgica que motiva o internamento, bem como com a patologia psiquiátrica concomitante. A esquizofrenia, a depressão, DB e ansiedade são frequentemente associados a piores resultados médicos ou cirúrgicos e consequentemente a maior tempo de internamento hospitalar, o mesmo não se verifica para o abuso de substâncias.

3.3 - Utilização dos Serviços de Saúde/Custos Associados

A presença de condições psiquiátricas tende a estar associada a um aumento dos custos e da utilização dos serviços, o que normalmente está relacionado com a procura de serviços médicos gerais e medicação não psicotrópica e não a tratamentos para as comorbilidades de depressão e/ou ansiedade. Algumas das razões para esta associação podem ser o facto de as condições psiquiátricas complicarem a apresentação médica, a realização do diagnóstico e o plano terapêutico, mas também o tempo gasto pelos profissionais de saúde (43, 44). Existe evidência de níveis mais elevados de despesas de saúde, em doentes que receberam atendimento médico tanto em regime de ambulatório como de internamento e com patologia psíquica subjacente (21).

Hochlehnert et al. avaliaram o impacto económico da comorbilidade psiquiátrica nos doentes cardiovasculares e demonstraram uma variação significativa no custo médio total de hospitalização para pacientes cardiovasculares sem e com comorbilidade psiquiátrica (5142€ ± 210 vs 7663€ ± 571, respetivamente) (45). Outro estudo reportou que comorbilidades psiquiátricas em doentes idosos com IC estão associadas a maior risco de hospitalização e a custos de hospitalização totais mais elevados, por exemplo, os doentes com depressão e perturbação bipolar tiveram um aumento de custos de 25% e 52%, respetivamente (24). Estudos anteriores também sugerem que distúrbios psiquiátricos e afetivos concomitantes são fator de risco independente para maior utilização de recursos de saúde em pacientes com doenças osteoarticulares (3). Foi também reportado um aumento das despesas hospitalares em doentes submetidos a artroplastia total da anca ou joelho e com depressão e/ou ansiedade comórbidas (17).

A perturbação da ansiedade como comorbilidade em pessoas com diabetes foi associada a maior utilização dos serviços de saúde bem como a maiores gastos por ano e por pessoa relativamente aos diabéticos sem perturbação da ansiedade, com exceção às despesas em regime de internamento. As despesas em regime de internamento foram inferiores em doentes com perturbação da ansiedade, provavelmente porque estes pacientes tendem a prestar mais atenção às suas doenças e a ter consultas externas mais frequentes. Este maior seguimento pode diminuir o risco de alguma doença de fim de linha, como doença microvascular e EM, o que por sua vez reduz a utilização do seguro de saúde e as despesas médicas relacionadas com a hospitalização, contudo neste grupo não houve diferença estatisticamente significativa (46).

Hendrie et al. compararam a utilização dos cuidados de saúde em doentes idosos com doença mental severa (esquizofrenia, DM recorrente e DB) que eram seguidos numa clinica de saúde mental com doentes sem doença mental severa seguidos pelos médicos dos cuidados de saúde primários e demonstraram que os doentes com doença mental severa tiveram taxas

significativamente superiores de visitas ao DE e TI significativamente mais longos das hospitalizações médicas. A frequência de comorbilidades médicas não foi estatisticamente diferente entre os grupos. O facto de um dos grupos ser seguido pelos cuidados de saúde primários ao contrário do outro é uma debilidade importante deste estudo (47).

Uma revisão sistemática que, através de 18 estudos primários, avaliou o impacto dos distúrbios mentais comórbidos nos custos dos cuidados de saúde em adultos com asma, encontrou um aumento da taxa de hospitalizações, de idas ao serviço de urgência e de visitas ao médico de clínica geral. Os custos indiretos, relacionados com o absentismo laboral, foram avaliados em dois estudos, que apontaram para o seu aumento. Assim, rotinas psicodiagnósticas e tratamentos de saúde mental adequados poderiam ser úteis na redução dos custos de saúde destes doentes com asma (26). Outro estudo demonstrou uma associação entre qualquer doença mental e o aumento do TI no hospital (10% de aumento) e dos custos totais (11% de aumento) e a menor probabilidade de disposição para a rotina (21% de diminuição) em adultos internados por uma agudização da asma. Distúrbios relacionados com o abuso de substâncias também aumentaram o TI (4%) e os custos (9%) e diminuíram a probabilidade de disposição para a rotina (29% de decréscimo) (27).

Foi também reportado, após controle para potenciais fatores confundidores, que o distúrbio da ansiedade generalizada, a perturbação do pânico e a PSPT tiveram uma associação estatisticamente significativa a mais visitas aos CSP, DE e hospitalizações não psiquiátricas, o que não se verificou para a depressão. Quanto à dependência alcoólica foi associada a menos visitas aos CSP, mas a mais hospitalizações não psiquiátricas. Além disso, doenças crónicas foram associados a maiores probabilidades de cada uma das perturbações de saúde mental (apesar de apenas ser estatisticamente significativo para a DM), exceto para a dependência alcoólica (48).

Maeda et al. encontraram, em doentes internados após realização de uma cirurgia major, custos totais significativamente superiores para doentes com esquizofrenia ou perturbações de humor comórbidas, já para os doentes com perturbação neurótica os custos totais foram inferiores. Os doentes com esquizofrenia têm elevada taxa de complicações cirúrgicas, o que faz com que usem mais os cuidados de saúde de recurso. A depressão e a perturbação bipolar têm sido associadas em vários estudos a maior utilização dos cuidados de saúde de recurso, possivelmente porque têm mais sintomas somáticos, expectativas pessimistas e desmotivação, que poderá interferir na recuperação. No que diz respeito aos resultados obtidos para os doentes com perturbação neurótica, foram inconsistentes com estudos anteriores, mas podem estar relacionados com o facto destes doentes com ansiedade ou perturbação somatoforme por exemplo, procurarem mais os cuidados de saúde primários ou

departamentos de emergência, permitindo um seguimento que torne possível aos médicos lidarem com estes doentes de forma mais eficiente (23).

A hospitalização está entre os serviços de cuidados de saúde mais caros. Os cuidados de saúde mental após a alta são um potencial mecanismo na limitação de custos de cuidados de saúde após um internamento médico num doente com comorbilidade psiquiátrica, já que esta é um fator de risco chave nos cuidados destes doentes. Assim, estes doentes crónicos precisam de cuidados de saúde geral e mental continuados entre o internamento e o ambulatório de forma a atingirem e manterem os resultados clínicos. O TI foi negativamente relacionado com os custos para pacientes com cuidados de saúde mental após a alta e positivamente relacionado com os custos para pacientes com diagnósticos de saúde mental que não receberam cuidados de saúde mental após a alta. Desta forma, os cuidados de saúde mental pós-alta reduzem os custos em cuidados de saúde associados ao TI, no primeiro ano após o evento (49).

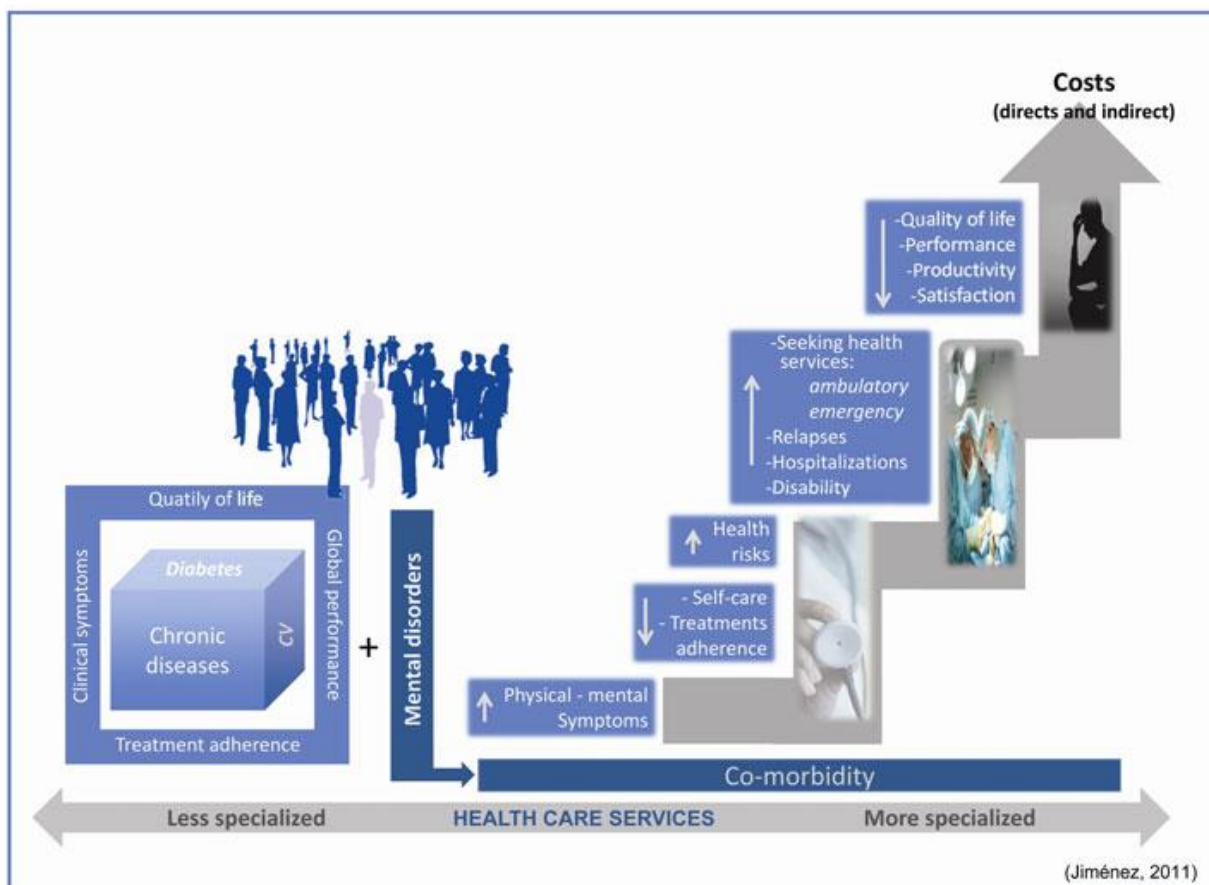


Figura 1 – Efeito das comorbilidades (físicas/mentais) nos custos dos serviços de saúde. Modelo compreensivo. (Retirado de Jiménez et al., 2013).

Desta forma, como representado na figura 1, os distúrbios de saúde mental podem ter um efeito crescente de complexidade de gestão da doença física. Novos sintomas para além dos sintomas físicos já presentes, podem comprometer os comportamentos de autocuidado e adesão terapêutica, o que por sua vez pode levar a agudizações da doença de base,

internamentos e défices. Além de se traduzir em custos diretos, devido à maior utilização dos serviços de saúde especializado e de recurso, a diminuição da qualidade de vida, da produtividade e funcionamento geral, faz com que sequencialmente também haja repercussões ao nível dos custos indiretos (50).

3.4 - Papel da Psiquiatria de Ligação

Adolf Meyer tornou-se diretor de uma clínica psiquiátrica em 1913, nos EUA, e tinha como convicção pessoal a importância da aproximação entre a Medicina e a Psiquiatria. A Psiquiatria de Ligação, que se iniciou a partir do movimento psicossomático e da psiquiatria do hospital geral tem, no início do século XXI, não só uma identidade própria dentro da Psiquiatria como alcançou grande expansão a nível mundial (51).

A Psiquiatria de Ligação surge então para permitir a articulação entre a psiquiatria e as especialidades médicas e cirúrgicas, e com o objetivo de integrar as dimensões biológica, psicológica e social do doente. Esta subespecialidade da psiquiatria permitiu uma intervenção diferenciada e estruturada, na avaliação, no diagnóstico, no tratamento e na valorização dos aspetos psicológicos associados à doença somática (52). Por conseguinte, tem de ter em conta o doente e o ambiente em que este se encontra, de forma a permitir uma melhor adaptação à doença, à hospitalização e aos procedimentos terapêuticos (53).

Existe evidência da efetividade da CPL, e vários estudos demonstraram que é custo-efetiva, permite reduzir o TI hospitalar quando realizada referência atempada/precoce e está em conformidade com algumas recomendações de gestão (54). Também no contexto pediátrico, o envolvimento atempado de serviços de consulta de psiquiatria durante uma hospitalização médica ou cirúrgica, foi associada a redução da duração do internamento e dos encargos hospitalares totais (6). De realçar, contudo, que a precisão da codificação da alta é responsável por grande variabilidade no impacto financeiro dos serviços de psiquiatria de ligação, sendo que uma maior complexidade na codificação pode permitir um aumento significativo do reembolso para o hospital (55).

Pelo contrário, noutro estudo, sugere-se que apenas um pequeno subgrupo de pacientes com problemas psiquiátricos conhecidos despoleta consultas psiquiátricas durante a hospitalização não psiquiátrica, e demonstrou que estes pacientes tendiam a ter um TI maior bem como custos mais elevados do que os doentes psiquiátricos que não recebem CPL. Possivelmente, as equipas de tratamento médico e cirúrgico identificam frequentemente a necessidade de CPL através do aumento do TI em relação ao esperado para aquela situação clínica, ou seja, quando a comorbilidade psiquiátrica está a interferir com a alta do doente (43). Além disso, foi investigada a sensibilidade que o médico não psiquiatra tem em fazer um diagnóstico psiquiátrico, usando a CIS para tal, tendo-se encontrado uma sensibilidade de 54.5%, mas esta sensibilidade variava muito de acordo com o diagnóstico (31.3-89.5%). A toma de medicação psicotrópica antes da admissão foi significativamente preditiva de identificação de perturbação psiquiátrica (14). Outro estudo também demonstrou que os médicos da unidade de medicina interna identificaram a depressão em apenas cerca de metade dos doentes adultos internados com diagnóstico DSM-IV feito pelo psiquiatra, e que

dos que eles identificaram, prescreveram antidepressivos em 40% dos doentes (56). Assim, quando o diagnóstico é feito por médicos não psiquiatras, há um elevado número de falsos negativos (14, 38, 56).

Foi realizado um estudo em doentes com pancreatite crónica, que teve como objetivo avaliar os resultados ao nível do tempo de internamento e custos hospitalares associados a uma abordagem multidisciplinar, com intervenções psicossociais e psiquiátricas, para além das intervenções médicas e cirúrgicas. Esta abordagem terapêutica multidisciplinar, em que também é realizada a gestão da dor, avaliação comportamental relativa à gestão da medicação opióide, tratamento (psicológico e psicotrópico) da depressão, ansiedade e dependência, foi associada a uma diminuição significativa do tempo de internamento hospitalar relativamente ao que era esperado para a severidade da doença e a uma oportunidade de redução de custos (44). Outro estudo realizado em doentes com IC crónica e com depressão ou ansiedade como comorbilidades, demonstrou melhorias significativas dos quadros clínicos quando se associa terapia cognitiva comportamental, exercício e medicação psicotrópica (57). Numa revisão sistemática, perturbações mentais comórbidas em doentes com doença arterial coronária, foram associadas a um aumento da utilização dos cuidados de saúde em termos de taxas de readmissão hospitalar mais elevadas, bem como a aumento dos custos nos cuidados de saúde globais e em ambulatório (58).

Desan et al. testaram a viabilidade e eficácia da consulta psiquiátrica pró-ativa numa unidade de medicina interna em que, no período de intervenção, a equipa psiquiátrica reuniu com a equipa médica diariamente para avaliarem todas as admissões de forma a identificarem problemas psiquiátricos e nesses casos atuarem de três formas possíveis, dependendo dos casos, providenciando uma consulta de psiquiatria completa imediata, discutindo o caso entre as equipas ou através de marcação de consulta externa de psiquiatria. Cerca de metade dos doentes admitidos tiveram necessidades de saúde mental, a percentagem de doentes que tiveram uma consulta psiquiátrica foi significativamente superior no grupo de intervenção comparativamente com o grupo controle que só tinha consulta quando esta era requisitada pela equipa médica (22,6% vs 10,7%). Além disso, o TI e o número de casos com TI > 4 dias foram significativamente inferiores na amostra de intervenção e a análise custo-benefício foi favorável (59).

No seguimento do estudo anterior, foi realizado um outro estudo com vista a comparar uma abordagem através de um modelo de consulta convencional (reativa), com um modelo proactivo (rastreamento de todos os doentes e consulta/intervenção quando apropriado), através de uma equipa de intervenção comportamental (psiquiatra, enfermeiro e assistente social), colaborando na gestão do fluxo de pacientes e sua transferência para serviços psiquiátricos. Houve uma diferença estatisticamente significativa na redução no tempo de internamento

hospitalar em internamentos inferiores a 31 dias para o modelo proactivo. O tempo até à consulta foi apenas meio dia inferior na equipa de intervenção, pelo que a intensidade da colaboração poderá ter contribuído também para a maior eficácia (33).

Um estudo australiano encontrou um aumento da taxa anual de CPL bem como um aumento na média de idades dos pacientes encaminhados. A depressão foi uma das causas cujo aumento ao longo do período do estudo foi estatisticamente significativo, pelo contrário a história de sintomas psicóticos e a avaliação do risco de suicídio, foram duas causas que diminuíram, apesar de se manterem importantes (60).

Como representado na figura 2, frequentemente os sintomas psicológicos não são identificados ao nível dos CSP e, quando persistem, agravam os sintomas físicos de base ou levam ao aparecimento de novos sintomas físicos, o que leva à maior procura dos CSP ou, numa fase posterior, ao uso de outros recursos de saúde como DE, exames clínicos especializados e/ou hospitalizações. A inclusão de prestadores de cuidados de saúde mental em hospitais gerais representa uma estratégia de sucesso, permitindo o diagnóstico da comorbilidade psiquiátrica e sua gestão, bem como a promoção de uma referenciação eficaz, o que poderá ter um impacto positivo sobre o custo global de cuidados de saúde e na qualidade de vida do paciente (50).

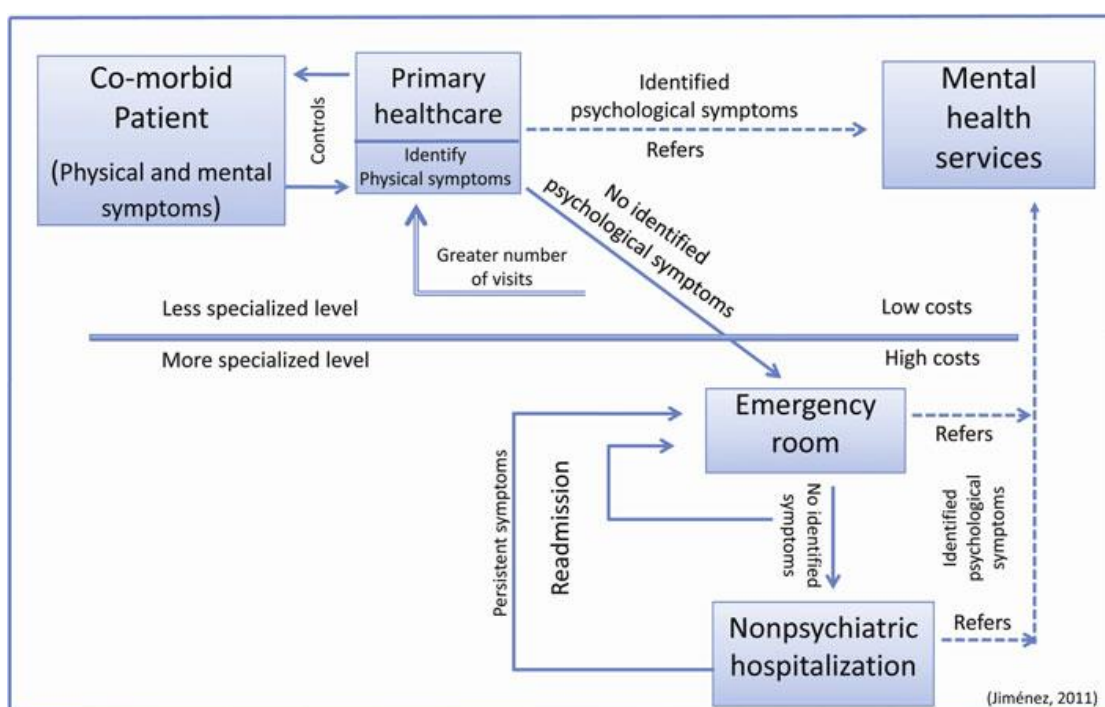


Figura 2 – Pacientes com comorbilidades: percorrendo o sistema de cuidados de saúde. (Retirado de Jiménez et al., 2013).

4 - Conclusão

A presença de patologia psiquiátrica aumenta o risco de desenvolvimento ou agudização de doenças físicas crónicas e, por outro lado, a dificuldade na adaptação à doença médica ou ao internamento, também pode despoletar o aparecimento ou agravamento de perturbação psiquiátrica.

Existe evidência de que a presença de comorbilidade psiquiátrica afeta diversas variáveis associadas à hospitalização, nomeadamente as admissões e readmissões, a morbilidade e mortalidade, o tempo de internamento, a utilização dos serviços de saúde e os custos associados. Assim, a maioria dos estudos aponta para um aumento de todas estas variáveis. Contudo, esta associação varia de acordo com a doença psiquiátrica e médica em causa, mas também com a forma como as mesmas são orientadas e com o sistema de saúde em vigor no país do estudo.

O Serviço de Psiquiatria de Ligação surge para colmatar as dificuldades decorrentes da maior complexidade que os distúrbios de saúde mental geram na gestão da doença física. Assim, permite uma articulação entre a psiquiatria e as especialidades médicas e cirúrgicas, diminuindo a prevalência das comorbilidades psiquiátricas e tratando-as, com vista o bem-estar geral do doente. Ao mesmo tempo, quando a referenciação surge atempadamente, a CPL permite a diminuição dos custos associados à doença médica e internamento.

O tipo de abordagem da CPL, reativa ou proactiva, e a capacidade de diagnóstico de doença psiquiátrica por parte de médicos não psiquiatras, interferem também com o TI e os custos hospitalares, pelo que uma referenciação tardia para a CPL e a baixa sensibilidade no diagnóstico contribuem para o seu aumento.

5 - Agradecimentos

Gostaria de agradecer à Dr.^a Alice Lopes e Dr.^a Palmira Coya, pela disponibilidade e generosidade em aceitarem a orientação científica deste trabalho e por todo o apoio prestado na sua realização.

Agradeço ainda à minha família, ao João e amigos que sempre me apoiaram incondicionalmente.

6 - Referências Bibliográficas

1. Carvalho ÁA, Nogueira PJ, Silva AJ, Rosa MV, Alves MI, Afonso D, et al. Portugal, Saúde Mental em Números - 2013. In: DGS, editor. Lisboa: Direção de Serviços de Informação e Análise; 2013.
2. Almeida JMCd, Xavier M. Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental - 1º Relatório Lisboa: 2013.
3. Menendez ME, Neuhaus V, Bot AG, Vrahas MS, Ring D. Do psychiatric comorbidities influence inpatient death, adverse events, and discharge after lower extremity fractures? *Clinical orthopaedics and related research*. 2013;471(10):3336-48.
4. Carvalho ÁA, Mateus P, Xavier M, Nogueira PJ, Farinha CS, Soares AP, et al. Portugal, Saúde Mental em Números - 2015. In: DGS, editor. Lisboa: Direção de Serviços de Informação e Análise; 2015.
5. Rivelli SK, Shirey KG. Prevalence of Psychiatric Symptoms/Syndromes in Medical Settings. 2014;5-27.
6. Bujoreanu S, White MT, Gerber B, Ibeziako P. Effect of timing of psychiatry consultation on length of pediatric hospitalization and hospital charges. *Hospital pediatrics*. 2015;5(5):269-75.
7. Struble LM, Sullivan BJ, Hartman LS. Psychiatric disorders impacting critical illness. *Critical care nursing clinics of North America*. 2014;26(1):115-38.
8. Prina AM, Cosco TD, Denning T, Beekman A, Brayne C, Huisman M. The association between depressive symptoms in the community, non-psychiatric hospital admission and hospital outcomes: a systematic review. *Journal of psychosomatic research*. 2015;78(1):25-33.
9. Schoepf D, Heun R. Anxiety disorders and physical comorbidity: increased prevalence but reduced relevance of specific risk factors for hospital-based mortality during a 12.5-year observation period in general hospital admissions. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2015;265(5):387-98.
10. Kao LT, Liu SP, Lin HC, Lee HC, Tsai MC, Chung SD. Poor clinical outcomes among pneumonia patients with depressive disorder. *PloS one*. 2014;9(12):e116436.
11. Poole L, Kidd T, Leigh E, Ronaldson A, Jahangiri M, Steptoe A. Depression, C-reactive protein and length of post-operative hospital stay in coronary artery bypass graft surgery patients. *Brain, behavior, and immunity*. 2014;37:115-21.
12. Dubljanin Raspopovic E, Maric N, Nedeljkovic U, Ilic N, Tomanovic Vujadinovic S, Bumbasirevic M. Do depressive symptoms on hospital admission impact early functional outcome in elderly patients with hip fracture? *Psychogeriatrics : the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*. 2014;14(2):118-23.
13. Dudek D, Sobanski JA. Mental disorders in somatic diseases: psychopathology and treatment. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnetrznej*. 2012;122(12):624-9.
14. Wancata J, Windhaber J, Bach M, Meise U. Recognition of psychiatric disorders in nonpsychiatric hospital wards. *Journal of psychosomatic research*. 2000;48(2):149-55.

15. Kitagawa R, Yasui-Furukori N, Tsushima T, Kaneko S, Fukuda I. Depression increases the length of hospitalization for patients undergoing thoracic surgery: a preliminary study. *Psychosomatics*. 2011;52(5):428-32.
16. Santos MMBd, Martins JCA, Oliveira LMN. A ansiedade, depressao e stresse no pre-operatorio do doente cirurgico. *Revista de Enfermagem Referência*. 2014;serIV:7-15.
17. Stundner O, Kirksey M, Chiu YL, Mazumdar M, Poultides L, Gerner P, et al. Demographics and perioperative outcome in patients with depression and anxiety undergoing total joint arthroplasty: a population-based study. *Psychosomatics*. 2013;54(2):149-57.
18. van der Schaaf M, Beelen A, Dongelmans DA, Vroom MB, Nollet F. Functional status after intensive care: a challenge for rehabilitation professionals to improve outcome. *Journal of rehabilitation medicine*. 2009;41(5):360-6.
19. Ahmedani BK, Solberg LI, Copeland LA, Fang-Hollingsworth Y, Stewart C, Hu J, et al. Influence of psychiatric comorbidity on 30-day readmissions for heart failure, myocardial infarction, and pneumonia. *Psychiatric services (Washington, DC)*. 2015;66(2):134-40.
20. Schoepf D, Heun R. Bipolar disorder and comorbidity: increased prevalence and increased relevance of comorbidity for hospital-based mortality during a 12.5-year observation period in general hospital admissions. *J Affect Disord*. 2014;169:170-8.
21. Daratha KB, Barbosa-Leiker C, M HB, Short R, Layton ME, McPherson S, et al. Co-occurring mood disorders among hospitalized patients and risk for subsequent medical hospitalization. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012;34(5):500-5.
22. Abrams TE, Vaughan-Sarrazin M, Van der Weg MW. Acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease and the effect of existing psychiatric comorbidity on subsequent mortality. *Psychosomatics*. 2011;52(5):441-9.
23. Maeda T, Babazono A, Nishi T, Tamaki K. Influence of psychiatric disorders on surgical outcomes and care resource use in Japan. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;36(5):523-7.
24. Sayers SL, Hanrahan N, Kutney A, Clarke SP, Reis BF, Riegel B. Psychiatric comorbidity and greater hospitalization risk, longer length of stay, and higher hospitalization costs in older adults with heart failure. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2007;55(10):1585-91.
25. Ng TP, Niti M, Tan WC, Cao Z, Ong KC, Eng P. Depressive symptoms and chronic obstructive pulmonary disease: effect on mortality, hospital readmission, symptom burden, functional status, and quality of life. *Archives of internal medicine*. 2007;167(1):60-7.
26. Hutter N, Knecht A, Baumeister H. Health care costs in persons with asthma and comorbid mental disorders: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2011;33(5):443-53.
27. Becerra BJ, Banta JE, Ghamsary M, Martin LR, Safdar N. Burden of mental illness on hospital and patient outcomes among asthma hospitalizations. *The Journal of asthma : official journal of the Association for the Care of Asthma*. 2016;53(4):392-7.
28. Pooler A, Beech R. Examining the relationship between anxiety and depression and exacerbations of COPD which result in hospital admission: a systematic review. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*. 2014;9:315-30.

29. Davydow DS, Hough CL, Zivin K, Langa KM, Katon WJ. Depression and risk of hospitalization for pneumonia in a cohort study of older Americans. *Journal of psychosomatic research*. 2014;77(6):528-34.
30. Guo Y, Young BL, Hainley S, Palmer JL, Bruera E. Evaluation and pharmacologic management of symptoms in cancer patients undergoing acute rehabilitation in a comprehensive cancer center. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2007;88(7):891-5.
31. Ananthakrishnan AN, Gainer VS, Perez RG, Cai T, Cheng SC, Savova G, et al. Psychiatric comorbidity is associated with increased risk of surgery in Crohn's disease. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2013;37(4):445-54.
32. Ananthakrishnan AN, Gainer VS, Cai T, Perez RG, Cheng SC, Savova G, et al. Similar risk of depression and anxiety following surgery or hospitalization for Crohn's disease and ulcerative colitis. *The American journal of gastroenterology*. 2013;108(4):594-601.
33. Sledge WH, Gueorguieva R, Desan P, Bozzo JE, Dorset J, Lee HB. Multidisciplinary Proactive Psychiatric Consultation Service: Impact on Length of Stay for Medical Inpatients. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2015;84(4):208-16.
34. Bressi SK, Marcus SC, Solomon PL. The impact of psychiatric comorbidity on general hospital length of stay. *The Psychiatric quarterly*. 2006;77(3):203-9.
35. Prina AM, Huisman M, Yeap BB, Hankey GJ, Flicker L, Brayne C, et al. Association between depression and hospital outcomes among older men. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 2013;185(2):117-23.
36. Yohannes AM, Baldwin RC, Connolly MJ. Prevalence of depression and anxiety symptoms in elderly patients admitted in post-acute intermediate care. *International journal of geriatric psychiatry*. 2008;23(11):1141-7.
37. Freidl M, Benda N, Friedrich F. Psychiatric illness and length of stay in general hospitals: do case finding methods matter? *Neuropsychiatrie : Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation : Organ der Gesellschaft Osterreichischer Nervenarzte und Psychiater*. 2015;29(2):77-83.
38. Bourgeois JA, Kremen WS, Servis ME, Wegelin JA, Hales RE. The impact of psychiatric diagnosis on length of stay in a university medical center in the managed care era. *Psychosomatics*. 2005;46(5):431-9.
39. Myrvik MP, Campbell AD, Davis MM, Butcher JL. Impact of psychiatric diagnoses on hospital length of stay in children with sickle cell anemia. *Pediatric blood & cancer*. 2012;58(2):239-43.
40. Poole L, Leigh E, Kidd T, Ronaldson A, Jahangiri M, Steptoe A. The combined association of depression and socioeconomic status with length of post-operative hospital stay following coronary artery bypass graft surgery: data from a prospective cohort study. *Journal of psychosomatic research*. 2014;76(1):34-40.
41. Versteeg H, Hoogwegt MT, Hansen TB, Pedersen SS, Zwisler AD, Thygesen LC. Depression, not anxiety, is independently associated with 5-year hospitalizations and mortality in patients with ischemic heart disease. *Journal of psychosomatic research*. 2013;75(6):518-25.

42. Nickinson RS, Board TN, Kay PR. Post-operative anxiety and depression levels in orthopaedic surgery: a study of 56 patients undergoing hip or knee arthroplasty. *Journal of evaluation in clinical practice*. 2009;15(2):307-10.
43. Borckardt JJ, Madan A, Barth K, Galloway S, Balliet W, Cawley PJ, et al. Excess health care service utilization and costs associated with underrecognition of psychiatric comorbidity in a medical/surgical inpatient setting. *Quality management in health care*. 2011;20(2):98-102.
44. Madan A, Borckardt JJ, Barth KS, Romagnuolo J, Morgan KA, Adams DB. Interprofessional collaborative care reduces excess service utilization among individuals with chronic pancreatitis. *Journal for healthcare quality : official publication of the National Association for Healthcare Quality*. 2013;35(5):41-6.
45. Hochlehnert A, Niehoff D, Wild B, Junger J, Herzog W, Lowe B. Psychiatric comorbidity in cardiovascular inpatients: costs, net gain, and length of hospitalization. *Journal of psychosomatic research*. 2011;70(2):135-9.
46. Huang CJ, Chiu HC, Hsieh HM, Yen JY, Lee MH, Chang KP, et al. Health care utilization and expenditures of persons with diabetes comorbid with anxiety disorder: a national population-based cohort study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2015;37(4):299-304.
47. Hendrie HC, Lindgren D, Hay DP, Lane KA, Gao S, Purnell C, et al. Comorbidity profile and healthcare utilization in elderly patients with serious mental illnesses. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2013;21(12):1267-76.
48. Fogarty CT, Sharma S, Chetty VK, Culpepper L. Mental health conditions are associated with increased health care utilization among urban family medicine patients. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*. 2008;21(5):398-407.
49. Benzer JK, Sullivan JL, Williams S, Burgess JF. One-year cost implications of using mental health care after discharge from a general medical hospitalization. *Psychiatric services (Washington, DC)*. 2012;63(7):672-8.
50. Jimenez J, Rivera D, Benitez P, Tarrats H, Ramos A. Integrating mental health services into a general hospital in Puerto Rico. *Journal of clinical psychology in medical settings*. 2013;20(3):294-301.
51. Cardoso G. Psiquiatria de Ligação - Desenvolvimento Internacional. *Acta medica portuguesa*. 2006(19):405-12.
52. Guerreiro DF, Barrocas D, Fernandes S, Coentre R, Navarro R, Santos N. [Liaison psychiatry in a general hospital: seven paradigmatic cases]. *Acta medica portuguesa*. 2009;22(1):59-70.
53. Mota A. Psiquiatria de ligação. *Medicina Interna*. 2000;6(4):239-45.
54. Wood R, Wand AP. The effectiveness of consultation-liaison psychiatry in the general hospital setting: a systematic review. *Journal of psychosomatic research*. 2014;76(3):175-92.
55. Jordan I, Barry H, Clancy M, O'Toole D, Machale S. Financial impact of accurate discharge coding in a liaison psychiatry service. *Journal of psychosomatic research*. 2012;73(6):476-8.
56. Rentsch D, Dumont P, Borgacci S, Carballeira Y, deTonnac N, Archinard M, et al. Prevalence and treatment of depression in a hospital department of internal medicine. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007;29(1):25-31.

57. Tully PJ, Selkow T, Bengel J, Rafanelli C. A dynamic view of comorbid depression and generalized anxiety disorder symptom change in chronic heart failure: the discrete effects of cognitive behavioral therapy, exercise, and psychotropic medication. *Disabil Rehabil.* 2015;37(7):585-92.
58. Baumeister H, Haschke A, Munzinger M, Hutter N, Tully PJ. Inpatient and outpatient costs in patients with coronary artery disease and mental disorders: a systematic review. *BioPsychoSocial medicine.* 2015;9:11.
59. Desan PH, Zimbrea PC, Weinstein AJ, Bozzo JE, Sledge WH. Proactive psychiatric consultation services reduce length of stay for admissions to an inpatient medical team. *Psychosomatics.* 2011;52(6):513-20.
60. Devasagayam D, Clarke D. Changes to inpatient consultation-liaison psychiatry service delivery over a 7-year period. *Australas Psychiatry.* 2008;16(6):418-22.